

Abrechnungsrichtlinie

der

Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

**in der Beschlussfassung
der Vertreterversammlung der
Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
vom 24. November 2018**

§ 1 Anwendungsbereich

1. Die Richtlinie findet Anwendung für die Leistungen und Sachkosten, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von den zugelassenen und ermächtigten Ärzten/Psychotherapeuten, den ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin, den zugelassenen Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, den ermächtigten (ärztlich geleiteten) Einrichtungen, den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V (MVZ) sowie von den Nicht-Vertragsärzten, Nicht-Vertragspsychotherapeuten und Krankenhäusern für die Behandlung von Notfällen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) abgerechnet werden.. Sie findet insoweit auch Anwendung auf Leistungserbringer, die im Rahmen von § 75 Abs. 1a Satz 6 und Abs. 1b Satz 3 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Für die Vergütung dieser Leistungen und Sachkosten wird der jeweils gültige Honorarverteilungsmaßstab (HVM) angewendet.
2. Die Bestimmungen dieser Richtlinie finden entsprechende Anwendung auf die sonstigen Kostenträger, soweit nicht in den entsprechenden Verträgen abweichende Regelungen vereinbart sind.

§ 2 Grundlagen

1. Für die Abrechnung sind die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen maßgebend. Abweichungen und Ergänzungen werden gesondert vereinbart und bekannt gemacht. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) in ihrer jeweils gültigen Fassung sind für alle an der Leistungserbringung beteiligten Ärzte/Psychotherapeuten verbindlich.
2. Die Voraussetzung für die Berücksichtigung der Leistungen bei der Abrechnung ist der Nachweis des Arztes/Psychotherapeuten¹ über Art und Umfang seiner erbrachten vertragsärztlichen Leistungen. Diesen Leistungsnachweis hat er für jedes Kalendervierteljahr pro Behandlungsfall bei der KVMV einzureichen. Die Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen im Sinne von § 311 Abs. 2 SGB V sind als Einzelleistungen nachzuweisen. Soweit sonstige ärztlich geleitete Einrichtungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erfolgt der Leistungsnachweis nach den getroffenen vertraglichen Vereinbarungen. Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen und Verteilung der Gesamtvergütung an die Ärzte/Psychotherapeuten ist - sofern nachstehend nicht abweichend geregelt - der

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird durchgängig die männliche Form benutzt. Im Sinne des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) sind diese Bezeichnungen daher nicht als geschlechtsspezifisch zu betrachten.

Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

3. Die KVMV informiert die nach § 1 Teilnehmenden in geeigneter Weise über alle mit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zusammenhängenden Fragen.
4. Über die Auslegung der Regelungen dieser Richtlinie entscheidet der Vorstand der KVMV. Er ist ermächtigt, in dringenden Fällen vorläufige Regelungen zu treffen.

§ 3

Berechnungsfähige Leistungen

1. Berechnungsfähig sind nur die vom Arzt/Psychotherapeuten selbst oder von seinen nichtärztlichen Mitarbeitern unter seiner Verantwortung und fachlichen Überwachung ausgeführten Verrichtungen. Leistungen von Vertretern, genehmigten Assistenten und angestellten Ärzten/ Psychotherapeuten darf der Arzt/Psychotherapeut nur berechnen, wenn die in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in ihrer jeweils gültigen Fassung genannten Voraussetzungen erfüllt sind (Krankheit, Urlaub, Fortbildung, Wehrübung, von der KVMV genehmigte Vertretung oder Assistenz sowie vom Zulassungsausschuss genehmigter angestellter Arzt/Psychotherapeut).
2. Ziffer 1 gilt ebenfalls für ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten im Hinblick darauf, dass die Ermächtigung an die Person des Arztes/Psychotherapeuten gebunden ist und, abgesehen von den Fällen der Ziffer 1 Satz 2, nicht auf andere Ärzte/Psychotherapeuten (z. B. Oberärzte, Assistenzärzte des Krankenhauses) übertragbar ist. Des Weiteren sind in zugelassenen Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, den ermächtigten (ärztlich geleiteten) Einrichtungen und den zugelassenen MVZ nach § 95 Abs. 1 SGB V tätige Ärzte verpflichtet, sich in ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit auf ihr Fachgebiet zu beschränken.
3. Leistungen, deren Vergütung von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen (z. B. Vorliegen einer Genehmigung, Abgabe bestimmter Erklärungen, Ringversuchszertifikate, Qualitätssicherungsmaßnahmen) abhängig sind, werden durch die KVMV nur honoriert, wenn die jeweilige Person die spezifischen Voraussetzungen gegenüber der KVMV nachgewiesen hat. Die gegenseitige Vertretung ist nur unter Beachtung des Vorstehenden möglich.
4. Schutzimpfungen (mit Ausnahme der Gelbfieberimpfung) bei Personen ab Beginn des 10. Lebensjahres dürfen alle Ärzte durchführen. Fachärzte für Kinderheilkunde, Kinderchirurgie, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst können Schutzimpfungen in allen Altersgruppen vornehmen.

Im Verletzungsfall dürfen Tetanus-/Diphtherie-, Pertussis-Schutzimpfungen sowie die postexpositionelle Tollwutimmunprophylaxe in allen Altersgruppen von allen Ärzten durchgeführt werden.

Voraussetzung zur Abrechnung der Schutzimpfungen ist ein gültiges Impfzertifikat, das mit einem von einer Ärztekammer anerkannten Grundkurs bzw. Refresherkurs „Impfen“ erworben wird und eine Gültigkeit von fünf Jahren besitzt.

5. Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung erhält, sowie Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln, deren Kosten gemäß Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, müssen als Sprechstundenbedarf angefordert werden, wenn sie in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung aufgeführt sind. In allen anderen Fällen erfolgt die Verordnung auf den Namen des Versicherten.
6. Die Leistungen der CT-gesteuerten schmerztherapeutischen Intervention bei akutem oder chronischem Schmerz nach der GOP 34504 können in der Fachgruppe der Neurochirurgen entsprechend den Kautelen des EBM oder einer spezifischen ärztekammerseitigen Anerkennung der Qualifikation erbracht werden. Für letztgenannte Gruppe wird die Selbstzuweisung auf 25 % der Gesamthäufigkeit der GOP beschränkt, da die Leistungserbringung kammerseitig auf den Einzelfall begrenzt ist.

§ 4

Nichtberechnungsfähige Leistungen

1. Leistungen, für die nach §§ 73 Abs. 2, 87 Abs. 1 SGB V i. V. m. §§ 2 und 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) kein Leistungsanspruch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, sind nicht berechnungsfähig. Hierzu zählen insbesondere
 - a) Reihen- und Einstellungsuntersuchungen in Betrieben sowie Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit sowie sportärztlicher Tätigkeit,
 - b) Schutzimpfungen, für die mit den Krankenkassen keine Honorarvereinbarung getroffen ist,
 - c) badeärztliche Behandlung,
 - d) Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heil- oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer, wenn die Krankenkassen selbst die Kostenträger sind,
 - e) Untersuchungen und Zeugnisse im Privatinteresse des Versicherten,

- f) Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden,
 - g) Leistungen im Auftrag des Medizinischen Dienstes sowie der Berufsgenossenschaften und anderer Einrichtungen, sofern nicht vertragliche Regelungen entgegenstehen,
 - h) Leistungen im Auftrag der Geschlechtskrankenfürsorge und Tuberkulose.
2. Nicht abrechnungsfähig sind außerdem - mit Ausnahme von Erste-Hilfe-Leistungen in dringenden Fällen -
- a) fachfremde Leistungen,
 - b) Leistungen ermächtigter Ärzte/Psychotherapeuten und Einrichtungen außerhalb des Ermächtigungsrahmens,
 - c) Leistungen, mit denen der vom überweisenden Arzt/Psychotherapeuten erteilte Auftrag überschritten wird.

§ 5

Berechnung von Honorarforderungen aus belegärztlicher Tätigkeit

1. Die belegärztliche Behandlung in Krankenhäusern und Privatkliniken ist nur insoweit berechnungsfähig, wie sie nicht durch den Pflegesatz an das Krankenhaus bzw. die Privatklinik vergütet wird.
2. Die belegärztliche Tätigkeit setzt die Anerkennung als Belegarzt voraus. Das Anerkennungsverfahren richtet sich nach dem BMV-Ä in seiner jeweils gültigen Fassung.
3. Die Abrechnung und Vergütung belegärztlicher Leistungen richtet sich nach dem BMV-Ä und den auf der Grundlage dieser Bestimmungen geschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in ihrer jeweils gültigen Fassung.
4. Für den Leistungsnachweis gilt § 2 Ziffer 1 dieser Richtlinie entsprechend.

§ 6

Behandlungsausweis

1. Leistungen und Sachkosten dürfen nur aufgrund eines nach Vorlage einer gültigen elektronischen Gesundheitskarte ausgestellten Behandlungsausweises geltend gemacht werden. Von Vertragsärzten

ausgestellte Konsiliarberichte², Überweisungsscheine, Belegarztscheine und Vertreterscheine bzw. Notfallbehandlungsscheine stehen diesen gleich.

2. Leistungen, die ein Arzt/Psychotherapeut in seiner eigenen Praxis in Vertretung eines anderen Arztes/Psychotherapeuten erbringt (ärztlicher Bereitschaftsdienst, Urlaub, Krankheit, Fortbildung und Wehrübung) werden ausschließlich mit dem besonderen Vertreterschein abgerechnet. Der Vertreterschein wird von dem vertretenden Arzt/Psychotherapeuten ausgestellt und abgerechnet.

§ 7

Rechnungslegung

1. Die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen und Sachkosten erfolgt quartalsweise.
2. Die Leistungen und Sachkosten sind durch Angabe der Gebührenordnungsnummern auf dem Abrechnungsschein, dem Datenträger bzw. als Onlineabrechnung nach den ADT-Bestimmungen der KVMV geltend zu machen und unter Verwendung der vorgesehenen Rechnungseinganglisten jeweils bis zum 10. des ersten Vierteljahresmonats für das abgelaufene Vierteljahr bei der Abrechnungsstelle einzureichen. Die Abrechnungsausweise beziehungsweise die Datenträger nach Satz 1 müssen die zur Begründung der Leistungen und Sachkosten erforderlichen Angaben (Diagnosen, Art der Untersuchung bei bestimmten Laborleistungen) enthalten.
3. Der Arzt/Psychotherapeut, bei MVZ der Vertretungsbefugte, ist verpflichtet, der KVMV für jedes Abrechnungsvierteljahr schriftlich zu erklären, dass die Abrechnung den Anforderungen des § 3 dieser Richtlinie entspricht und sachlich richtig ist sowie zu bestätigen, dass die interne und gegebenenfalls externe Qualitätssicherung bei Laborleistungen durchgeführt wurde. Für versorgungsbereichs- und/oder fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V ist durch Kennzeichnung aller Leistungen auf dem Behandlungs- und/oder Überweisungsschein eindeutig hervorzuheben, welche Person die abgerechneten Leistungen bei welcher Diagnose jeweils erbracht hat. Die Kennzeichnung ist dabei sowohl bei manueller als auch bei EDV-gestützter Abrechnung hinter jeder Leistung zu dokumentieren.
4. Bei der KVMV abgelieferte Abrechnungsunterlagen können weder korrigiert noch zurückgefordert werden, es sei denn, es wird auf die Abrechnung einzelner Gebührenpositionen oder Behandlungsfälle aufgrund irrümlicher Liquidation verzichtet.

² Berichte gem. § 28 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 6 a SGB V in der Fassung des Artikels 2 des PsychThG.

5. Werden Nachweise über die Auswertung der Honorarforderung für einzelne Behandlungsfälle gewünscht, so kann die KVMV dazu besondere Auflagen für die Rechnungslegung erteilen.
6. Werden die Abrechnungsunterlagen ganz oder teilweise nicht fristgerecht abgeliefert, hat dies die Aussetzung der monatlichen Abschlagszahlung zur Folge. Für jeden Tag der Überschreitung des Einreichtermins erfolgt zur Deckung des vermehrten Verwaltungsaufwandes eine Einbehaltung von 1 Promille des Umsatzes. Diese Einbehaltung entfällt, wenn auf begründeten Antrag Fristverlängerung erteilt wurde.
7. Die Leistungen und Sachkosten eingereichter Abrechnungen, hierzu zählen auch einzelne Behandlungsfälle aus Vorquartalen, werden zu den Bedingungen des zur Abrechnung anstehenden Quartals abgerechnet und vergütet. Separat eingereichte Vorquartalsabrechnungen werden zu den Bedingungen des jeweiligen Vorquartals abgerechnet und vergütet. Abrechnungsunterlagen werden längstens bis zu einem Jahr nach dem dafür maßgeblichen Einreichtermin entgegengenommen. Später geltend gemachte Leistungen und Sachkosten sind verwirkt. Verspätet eingereichte Abrechnungen werden im Folgequartal bei der Abrechnung berücksichtigt. In besonders gelagerten Härtefällen kann der Vorstand der KVMV auf Antrag eine Ausnahmeregelung zugestehen.
8. Die Berechnung der GOPen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 setzt gemäß Präambel Nr. 1.2 Punkt 5 EBM die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus.
Diese Regelung im EBM gilt uneingeschränkt für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser. Für niedergelassene Ärzte, MVZ, Praxen mit angestellten Ärzten und ausschließlich im Bereitschaftsdienst tätige Ärzte ist die Angabe der Uhrzeit nur am Mittwoch und Freitag vor 19.00 Uhr und außerhalb der Zeiten der Bereitschaftsdienstordnung, für die der Vorstand eine Genehmigung erteilt hat, ausreichend.

§ 8 Honorarprüfung

1. Die KVMV überprüft die Abrechnungsunterlagen der nach § 1 Teilnehmenden daraufhin, ob die einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie die Vorschriften dieser Richtlinie und des HVM in ihren jeweils gültigen Fassungen beachtet wurden und stellt die Abrechnungsunterlagen gegebenenfalls richtig. Sachliche und rechnerische Berichtigungen aufgrund dieser Vorschriften sind den nach § 1 Teilnehmenden bekannt zu geben. Über Berichtigungen, die aufgrund zwingender Bestimmungen der Gebührenordnung, des BMV-Ä, dieser Richtlinie und des HVM erforderlich sind, sollen die nach § 1 Teilnehmenden informiert werden, wenn es sich um grundsätzliche Fehlanwendungen dieser Bestimmungen handelt. Über

Widersprüche gegen sachliche oder rechnerische Berichtigungen entscheidet der Vorstand der KVMV.

2. Die rechnerisch und gebührenordnungsgemäß richtig gestellten Honoraranforderungen der nach § 1 Teilnehmenden sind gemäß § 106 bis § 106c SGB V in Verbindung mit § 296 und § 297 SGB V von den Prüfungsgremien nach Maßgabe der einschlägigen Vorschriften des BMV-Ä, des Gesamtvertrages einschließlich Prüfvereinbarung, der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V sowie der Satzung der KVMV unter Berücksichtigung der Gesamttätigkeit der nach § 1 Teilnehmenden und aller anzuerkennenden Praxisbesonderheiten auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Behandlungsweise zu überprüfen. Soweit Unwirtschaftlichkeit festgestellt wird, können Honorarkürzungen auch in Form prozentualer Abstriche an der Honorarforderung für einzelne oder sämtliche Leistungen oder Leistungsgruppen der nach § 1 Teilnehmenden vorgenommen werden. Honorarberichtigungen, auch soweit sie auf Plausibilitätsprüfungen beruhen sollten, bleiben hiervon unberührt.
3. In späteren Abrechnungsquartalen erworbene Honoraransprüche der nach § 1 Teilnehmenden können auch nachträglich bis zum Ende der sich aus der Rechtsprechung ergebenden Ausschlussfrist von vier Jahren mit Honorarkürzungen aus einem Abrechnungsvierteljahr verrechnet werden.

§ 9

Ausnahmeregelung

1. Da die Auswirkungen dieser Richtlinie, der EBM-Regelungen und der Gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und der KBV nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, wird der Vorstand der KVMV beauftragt, gegebenenfalls angemessene Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um ungerechtfertigte Auswirkungen zu verhindern oder abzuschwächen, soweit es sich nicht um von den Ärzten/Psychotherapeuten zu vertretende Fehlanwendungen des EBM handelt. Über die Maßnahmen entscheidet der Vorstand der KVMV; er unterrichtet anschließend die Vertreterversammlung hierüber.
2. Die Zuständigkeit des Vorstandes der KVMV schließt auch den Regelungsbedarf mit ein, der sich aus den Besonderheiten der Zusammensetzung von Berufsausübungsgemeinschaften sowie aus dem Statuswechsel von Ärzten im Zusammenhang mit der Abrechnung ergeben kann.
3. Ebenfalls in die Zuständigkeit des Vorstandes fallen Anträge der an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten zum Honorarverteilungsmaßstab hinsichtlich der Fallzahlzuwachsbeschränkung, der Praxisbesonderheiten und der Vergütung schmerztherapeutischer Leistungen, welche innerhalb eines Monats nach Zugang des Honorarbescheides gestellt werden können.

§ 10 Zahlungen

1. Die Honorarforderung eines zugelassenen Arztes/Psychotherapeuten entsteht mit der Vorlage der Abrechnung bei der KVMV gemäß § 7 dieser Richtlinie.
2. Auf das zu erwartende Vierteljahreshonorar werden zugelassenen Ärzten/Psychotherapeuten aufrechnungsfähige und gegebenenfalls rückzahlungspflichtige monatliche Vorauszahlungen (Abschlagszahlungen) geleistet. Sie betragen grundsätzlich 25 Prozent des Durchschnitts der letzten vier Quartalsabrechnungen.
3. Umstände, die zu einer Verringerung oder vorläufigen Einstellung der Praxistätigkeit führen bzw. sich auf die Honorarhöhe auswirken können, haben die Ärzte/Psychotherapeuten unverzüglich der Finanzbuchhaltung der KVMV mitzuteilen. Die Abschlagszahlungen können mit Kenntnisnahme der KVMV entsprechend angepasst oder bis zur Wiederaufnahme der Praxistätigkeit ganz ausgesetzt werden. Bei Krankheit ist dies möglich, wenn die Erkrankung länger als vier Wochen andauert und die Praxis nicht durch einen eigenen Vertreter im bisherigen Umfang fortgeführt wird. Sollte wegen der vorgenannten Umstände eine endgültige Honorarfestsetzung nicht möglich sein, kann hinsichtlich der Restzahlung ein Einbehalt in Höhe der absehbaren Überzahlung erfolgen.
4. Für ein MVZ, das in der Organisationsform einer juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, werden Abschlagszahlungen nach Ziffer 2 geleistet, wenn deren Gesellschafter ausschließlich natürliche Personen sind und diese zur Sicherung von Forderungen der Krankenkassen und der KVMV selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgegeben haben. Sind bei einem MVZ, das in der Organisationsform einer juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, die Gesellschafter nicht ausschließlich natürliche Personen, leistet die KVMV Abschlagszahlungen, wenn das MVZ zur Sicherung von Forderungen der KVMV und der Krankenkassen aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit eine selbstschuldnerische Bürgschaft einer Bank, die im Gebiet der Europäischen Union ansässig ist, in Höhe von fünf Abschlagszahlungen beigebracht hat. Für die Berechnung der Höhe einer Abschlagszahlung gilt Ziffer 2 entsprechend. Die Abschlagszahlung ist dabei maximal auf die Höhe des monatlichen Abschlages, der der bestehenden Bankbürgschaft zu Grunde liegt, zu begrenzen. Eine Überprüfung der erforderlichen Höhe bzw. Anpassung der Bankbürgschaft erfolgt nach Abschluss der Abrechnung eines jeden Quartals. Über die Modalitäten der Anpassung der Bürgschaftshöhe entscheidet der Vorstand der KVMV.
5. Die für das jeweilige Quartal geleisteten Abschlagszahlungen sind mit dem für dieses Quartal festgestellten Honoraranspruch zu verrechnen. Überzahlungen können sofort zurückgefordert oder in den Folgequartalen verrechnet werden.

6. Für anlaufende und auslaufende Praxen können besondere Regelungen getroffen werden.
7. Bei Eröffnung der Praxis setzt die KVMV die monatlichen Abschlagszahlungen unter Berücksichtigung des zu erwartenden Praxisumfanges nach ihrem Ermessen fest.
8. Die Restzahlung erfolgt im vierten Monat nach Ablauf des Abrechnungsvierteljahres unverzüglich nach Abschluss der Abrechnungsarbeiten und Eingang der Zahlungen seitens der Kostenträger.
9. Von den Zahlungen an die nach § 1 Teilnehmenden werden die von der Vertreterversammlung beschlossenen Verwaltungskosten (vom Hundert-Satz oder Festsatz oder Kombination aus beidem) in Abzug gebracht.
10. Bei Beendigung der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit ist festzustellen, ob bei den Prüfungseinrichtungen und/oder Sozialgerichten noch Verfahren anhängig sind, aus denen sich Rückforderungen der KVMV oder Erstattungsansprüche der Krankenkassen ergeben können. Ist dies der Fall, so kann die Auszahlung weiterer Honorare in Höhe der geltend gemachten Gegenforderungen bis zum rechtskräftigen Abschluss der anhängigen Verfahren ausgesetzt oder von einer Sicherheitsleistung abhängig gemacht werden.
11. Bei Ärzten/Psychotherapeuten, über deren Vermögen ein (vorläufiges) Insolvenzverfahren eröffnet worden ist, kann die Restzahlung ausgesetzt werden, bis die jeweilige Honorarabrechnung abschließend hinsichtlich ihrer sachlich-rechnerischen Richtigkeit und hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Behandlungsweise überprüft worden ist. Anstelle der Aussetzung der Restzahlung ist unter Berücksichtigung des sich für die KVMV ergebenden wirtschaftlichen Risikos auch eine Abschlagszahlung auf die insoweit zu erwartende Restzahlung möglich.

§ 11

Abrechnungsbescheid

1. Der Arzt/Psychotherapeut erhält von der KVMV pro Quartal einen Abrechnungsbescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung über die für ihn durchgeführte Honorarabrechnung.
2. Gegen den Abrechnungsbescheid kann innerhalb eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der KVMV eingelegt werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift mit Angabe von Gründen beim Vorstand der KVMV einzulegen. Über den Widerspruch entscheidet der Vorstand der KVMV. Das Verfahren vor dem Vorstand der KVMV gilt als Vorverfahren gemäß §§ 77 ff. SGG.

3. Da die Auswirkungen des HVM auf Grundlage des EBM nicht in Gänze absehbar sind, werden die Honorarbescheide ggf. unter den Vorbehalt einer nachträglichen Aufhebung gestellt.
4. Im Übrigen bleibt das Recht der KVMV unberührt, auch nach Eintritt der Bindungswirkung des Abrechnungsbescheides (§ 77 SGG) Berichtigungen vorzunehmen, die sich bei der Prüfung der Abrechnung durch die Krankenkasse auf sachliche, rechnerische und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit ergeben.

§ 12 Inkrafttreten

Die Abrechnungsrichtlinie tritt für den Bereich der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung der KVMV mit Bekanntmachung nach § 20 der Satzung der KVMV in Kraft.

Schwerin, den 24. November 2018


Dipl.-Med. Torsten Lange
Vorsitzender der Vertreterversammlung
der KVMV